

(様式1)

# 特別養護老人ホーム入所申込書

No.
申込日 令和 年 月 日
受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム  
なみきロイヤルの園 施設長 様

【申込者】

住所 〒	本人との関係
ふりがな氏名 様	長男、妻など
自宅電話 ( )	
携帯電話 ( )	

貴施設へ入所したいので、つぎのとおり申し込みます。(※1)

ふりがな氏名 様	男・女	保険者被保険者番号	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日 明大昭 年 月 日( 歳)				
住所 〒	介護認定期間	年 月 日から	年 月 日まで	
現在利用している在宅サービスの状況(※2)	1 訪問介護 ( 月 4 回 週 1 回 )	6 通所リハビリテーション ( 月 回 週 回 )		
訪問××は日数でなく月または週の回数の合計で記入→一日3回なら「3」でカウント	2 訪問入浴介護 ( 月 回 週 回 )	7 短期入所生活介護 ( 月 日 週 日 )		
	3 訪問看護 ( 月 回 週 回 )	8 短期入所療養介護 ( 月 日 週 日 )		
	4 訪問リハビリテーション ( 月 回 週 回 )	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ( )		
	5 通所介護 ( 月 回 週 回 )	10 その他 ( )		
	1 利用している	2 利用していない		
居室介護支援事業所(ケアネージャー)の利用	事業所名	ケアネージャー名		
入所を希望する理由(※3)	1 介護者がいない (親族が遠方に居り、事実上、介護不能)			
	2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難 (今年5月まで介護していた妻が入院治療で退院の見込みつかず)			
	3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難 (介護している妻が高齢で体力的に限界の状態)			
	4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難 (長男が仕事で配置転換となり、残業等で時間的に不可能)			
	5 介護者がいるが育児又は家族が病気で十分な介護が困難 (介護してきた長男の嫁が出産する予定あり介護不可能の見込み)			
	6 介護保健施設に入所しているが替わりたい (現在、老人保健施設にいるが、退所をせまられている)			
	7 その他 ( )			

介護保険と関係なく、介護が必要になった時期を記入してください

介護期間	年 月 日	介護保険負担限度額認定証	なし・あり( 段階)
		介護保険負担割合証	1割・2割
主たる介護者	・有→「有」の場合は右欄に記入 ・無	ふりがな氏名 様	性別 本人との関係
		生年月日 明大昭 年 月 日( 歳)	男女
		下記の該当項目に○してください	
		同居別居の別	・同居 ・別居(住所: )
介護者の状況	・有→「有」の場合は右欄に記入 ・無	・障害や疾病の状況にある ⇒	・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能 ・なし
		・育児や他の家族が病気 ⇒	・常時の育児、看病が必要 ・半日育児、看病が必要 ・時々育児、看病が必要 ・なし
		・複数の介護をしている ⇒	・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能 ・なし
		・就労の状況 ⇒	・8時間以上 ・高年齢で就労不能 ・4時間未満 ・介護のため仕事を辞めた ・4時間以上8時間未満 ・なし
従たる介護者	・有→「有」の場合は右欄に記入 ・無	ふりがな氏名 様	性別 本人との関係
		生年月日 明大昭 年 月 日( 歳)	男女
		下記の該当項目に○してください	
		同居別居の別	・同居 ・別居(住所: )
その他	要介護1および2の方のみ、あてはまる項目にチェックしてください。(複数回答可)	別居している血縁者による介護	・別居している血縁者なし 可能 ・介護可能
		居室において日常生活を行うことが困難であることについて(要介護1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況である。
待機期間	年 月 日	特養に初めて申し込んだ日から今日まで	
説明確認	私は、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 (説明書「記入のしかた」に代えさせていただきます。記入した日と記入者名を) 令和 年 月 日 氏名:		

- ※1 介護保険被保険者証・介護保険負担割合証の写し(ある方は介護保険負担限度額証の写し)サービス利用票と別表の写し(3か月分)薬事情報を申込書に添付してご提出ください。
- ※2 現在施設入所中又は病院入院中の方は入所前・入院前の利用状況を記入してください。
- ※3 入所を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入してください
- ※4 必要性がなくなった場合は、「入所申込取り下げ書」を提出してください。
- ※5 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。